



# Registro de Administración de Medicamentos

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Mes/Año:

Alergias:

Medicamento	Fecha	Hora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	Inició																																	
	Terminó																																	
	Inició																																	
	Terminó																																	
	Inició																																	
	Terminó																																	
	Inició																																	
	Terminó																																	
	Inició																																	
	Terminó																																	

**INSTRUCCIONES:**

- A) Poner iniciales en el recuadro cuando se toma el medicamento.
- B) Poner iniciales en un círculo cuando no se toma el medicamento.

- C) Indique por qué no tomó la medicina en la parte de atrás del formulario.
- D) Medicamentos según sea necesario (PRN): Indique razón, resultados y a quién se le informó en la parte de atrás del formulario.

**COMENTARIOS:**

**SEGÚN SEA NECESARIO (PRN, de latín Pro Re Nata) Y MEDICAMENTOS NO ADMINISTRADOS**

Fecha	Hora	Iniciales	Medicamento	Razón	Resultado		Iniciales	¿A quién se le informó?
						1		
						2		
						3		
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		
						14		
						15		
						16		
						17		
						18		
						19		
						20		
						21		
						22		
						23		
						24		

Adaptado del Formulario de Administración Médica, Centro Regional San Diego

Medication Administration Log



Office of Developmental Primary Care • UCSF Department of Family and Community Medicine • 500 Parnassus Avenue, MUE318, Box 0900  
 San Francisco, CA 94143 • Tel: (415) 476-4641 • Fax: (415) 476-6051 • Email: [odpc@fcm.ucsf.edu](mailto:odpc@fcm.ucsf.edu) • Web: <http://odpc.ucsf.edu>